

指定訪問リハビリテーション重要事項説明書

1 一般財団法人黎明郷弘前脳卒中・リハビリテーションセンターの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	一般財団法人黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター
所在地	青森県弘前市大字扇町1丁目2番地1
電話番号	0172-28-8220
FAX番号	0172-27-9113
事業所番号	訪問リハビリテーション (指定事業所番号 0210215117)
サービスを提供できる地域※	弘前市、平川市、大鰐町、藤崎町、黒石市、田舎館村 (当院より片道20km以内)

※上記地域外にお住まいの方でもご希望の方は御相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	医師	1名	—	1名	従業者及び業務の管理
従業者	医師	2名	—	2名	利用者の診療、リハビリテーション実施の指示
	理学療法士	2名	—	2名	医師の指示に基づき心身の機能、活動・参加などの生活機能の維持・向上の支援
	作業療法士	4名	—	4名	

(3) サービスの提供時間

平日	8:30~17:15
休業日	土・日曜日、ゴールデンウィーク(5月3日~5日)、 年末年始(12月29日~1月3日)

2 当事業所の訪問リハビリテーションの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 指定訪問リハビリテーションは、利用者の意向や医師の指示に基づき、利用者の心身の機能や活動、社会参加などの生活機能維持・向上を図り、日常生活の自立に資するよう適切な目標を設定した上で計画的に行います。
- ② 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、療養上の必要な事項について理解しやすいように適切な指導又は説明を行います。
- ③ 利用者又はその家族からサービス提供記録等の開示を求められた場合は速やかに対応します。
- ④ 自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常に改善を図ります。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
理学療法士 作業療法士	変更を希望される方はお申し出ください。
従業員への研修の実施	年1回以上
サービスの提供	運営規程に添った適切なサービスを提供します。

3 サービスの内容

- (1) 計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき行う理学療法士、作業療法士による訪問リハビリテーション。

4 利用料金

(1) 訪問リハビリテーション費

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の1～3割です。

基本料金 (20分/回)	3,080円
--------------	--------

(2) 短期集中リハビリテーション実施加算

早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期間内に集中的にリハビリテーションを実施した場合(週2回以上、1回20分以上)、訪問リハビリテーション費に加算します。

退院・退所日、又は新たに要介護認定を受けた日から1～3月以内	2,000円/回
--------------------------------	----------

(3) サービス提供体制強化加算 (I)

指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等のうち、勤続年数が7年以上の者がいる場合、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数を加算します。

基本料金 (20分/回) に加算	60円/回
------------------	-------

(4) 移行支援加算

訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とする目標を作成した上で社会参加に資する取組への移行を支援している指定訪問リハビリテーション事業所の場合1日につき所定単位数を加算します。

基本料金 (20分/回) に加算	170円/日
------------------	--------

(5) 退院時共同指導加算

医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に加算します。

退院につき1回	6,000円/回
---------	----------

(6) 処遇改善加算

介護現場で働く職員の賃金改善及び職場環境の改善に充てるため、介護報酬に上乘せ分を加算します。

月1回	1か月の総単位数×1.5%に相当する額
-----	---------------------

(7) 交通費

通常の実施地域(弘前市、平川市、大鰐町、藤崎町、黒石市、田舎館村/当院より片道20km以内)にお住まいの方は無料です。

通常の実業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、従業員が訪問するための交通費の実費を負担して頂くことになります。

通常の実業の実施地域を超えた地点から利用者宅まで5kmを限度とし、1回当たり200円を負担して頂くことになります。

5 利用料金の請求及び支払い方法

(1) 利用者の介護保険負担割合に応じてサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により翌月5日前後に請求書を発行します。

(2) 支払方法は、「病院窓口での支払い」、「銀行振込」、「銀行自動引き落とし」の3通りがあります。詳細につきましては、別紙の『利用料のお支払い確認書』をご参照ください。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

介護支援専門員へご相談の上、お申込みください。

ケアプランに則り訪問リハビリテーション計画書を作成し、契約の締結後にサービス提供を開始します。

(2) サービスの利用中止・変更

① 利用者の体調が急変した場合や災害等の事故が発生した場合は、サービスの提供を中止させていただく場合があります。なお、甚大な災害が発生し、サービスが提供できない場合、利用者へ連絡できないことがありますので、ご了承ください。

② 担当者の急病等、事業所のやむを得ない都合が生じた場合は、サービスの提供を中止又は日時変更させていただく場合があります。

(3) サービスの利用終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

③ 支援目標が達成し、社会参加に資する取組へ移行できる場合

利用者、ご家族、介護支援専門員と相談し、計画的に訪問リハビリテーションを終了します。

④ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合、医療機関へ入院した場合。
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ・ 利用者が亡くなられた場合。

⑤ その他

- ・ 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービス内容に関する相談・苦情

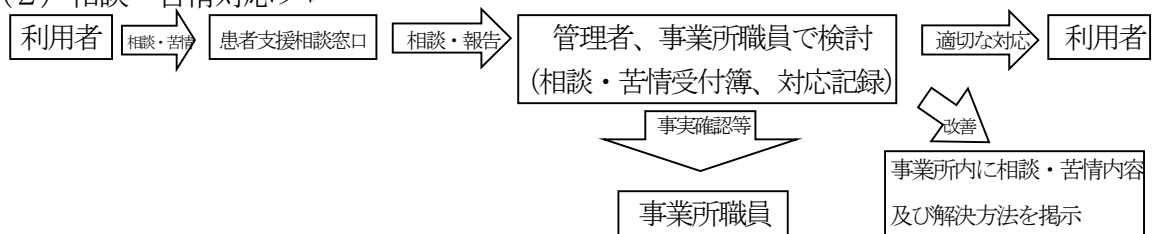
(1) 当事業所への相談・苦情

電話：0172-28-8220（担当：患者支援相談窓口）

FAX：0172-27-9113

受付日及び受付時間：サービス提供時間内

(2) 相談・苦情対応フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等緊急事態が発生した場合は、速やかにご家族、介護支援専門員等へ連絡を取る等必要な措置を講じます。

ご 家 族	氏 名			
	連絡先		電話番号	
介護支援専門員	氏 名			
	連絡先		電話番号	

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。尚、利用者に対して当事業所の訪問サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償します。

10 秘密の保持について

- (1) 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当事業所の従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者は、利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。
- (4) 事業者は、サービスの質の向上や従業員の教育を目的とした院内の研究発表や学会等において必要な場合に限り、あらかじめ同意を得た上で、必要最小限の範囲内で利用者又はご家族の個人情報を使用します。使用にあたっては個人を特定されないよう配慮します。
- (5) 事業者は、当事業所が受け入れる実習生への指導において必要がある場合に限り、あらかじめ同意を得た上で、必要最小限の範囲内で利用者又はご家族の個人情報を使用します。

令和 年 月 日

指定介護予防訪問リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 青森県弘前市大字扇町1丁目2番地1

名 称 一般財団法人黎明郷

弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から指定介護予防訪問リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、同意しました。また、利用者及びその家族の個人情報について必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

(※通常の事業の実施地域以外の地域に居住している利用者様のみ)

私は指定介護予防訪問リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、通常の事業の実施地域以外の地域に居住している為、事業に要した交通費を支払うことに同意します。

通常の事業の実施地域を超えた地点から利用者宅までの距離 _____ km

請求金額 200円×訪問回数

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印

誓約書 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記の場合に必要な最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当って、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議等において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記（1）の外、介護サービス事業者等との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師又は看護師に説明をする場合。
- (4) 当法人内の業務連携において必要な場合。
- (5) サービスの質の向上や従業員の教育のために私が協力を同意した院内の研究発表や学会等において必要な場合。
- (6) 実習生への指導等において必要な場合。

2 個人情報を利用する事業所

事業所名 一般財団法人 黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター
所在地 青森県弘前市大字扇町1丁目2番地1

3 個人情報を使用する期間

- (1) 介護サービスの提供を受けている期間。

4 使用する条件（介護サービス事業者の責務）

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当っては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経過を記録すること。

令和 年 月 日

事業所の名称

一般財団法人 黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 殿

利用者 住所

氏名

印

利用者の家族 住所

氏名

印